

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabéticos Mellitus, na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo
Maior/PI**

Sergio Porro Calzado

Pelotas, 2015

Sergio Porro Calzado

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabéticos Mellitus, na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo
Maior/PI.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Carla Ribeiro Ciochetto

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C171m Calzado, Sergio Porro

Melhoria da Atencao aos Usuarios com Hipertensao Arterial Sistêmica E/Ou Diabeticos Melitus, na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI / Sergio Porro Calzado; Carla Ribeiro Ciochetto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ciochetto, Carla Ribeiro, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

“Dedico o trabalho interventivo a minha família querida, que além de ficar longe de mim, sempre dão para mim seu apoio incondicional, o pensamento positivo para dar o melhor de mim neste país tão especial.”

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora Carla Ribeiro Ciochetto por me guiar pelo caminho adequado, com muita paciência até o momento final do curso.

A toda a equipe e as pessoas que me ajudaram durante toda a intervenção.

A minha família e amigos, que me ajudaram com o desempenho deste momento de minha vida no Brasil.

Resumo

CALZADO, Sergio Porro. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabéticos Mellitus, na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI.** 2015. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são duas doenças crônicas que atingem grande parte da população brasileira. Diante desse quadro, na Unidade Básica de Saúde Enfermeira Zezinha, no município de Campo Maior/PI, foi proposta uma intervenção com duração de 16 semanas de trabalho e atividades intensas com o objetivo de melhorar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área de cobertura da unidade. A intervenção foi realizada com o apoio da equipe, foram realizadas atividades como capacitações com os agentes de saúde e equipe de saúde, foi realizado o monitoramento do número de diabéticos e hipertensos cadastrado no programa, foram garantidos os registros de usuários adequadamente, o acolhimento teve uma organização efetiva, sendo realizado na comunidade durante diferentes momentos (visitas domiciliares, palestras, atividades de grupo, consultas médicas), informamos sobre o controle da pressão arterial aos maiores de 18 anos pelo menos uma vez ao ano, aumentou o atendimento aos usuários, a acessibilidade da população aos serviços médicos, os conhecimentos dos usuários sobre o estilo de vida adequado, evitar os hábitos tóxicos, a prática de atividade física, a higiene bucal. A cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos alcançou 100% dos usuários, sendo acompanhados 434 hipertensos e 119 diabéticos. A incorporação das ações na rotina do serviço e a continuidade das ações programáticas, mesmo com a finalização do curso tem sido uma grande importância e teve grande impacto na mudança dos estilos de vida dos usuários e suas famílias. Com as atividades desenvolvidas pela equipe, observamos que aumentaram os conhecimentos nestes usuários, ajudando na melhoria no estado de saúde, foram necessárias mudanças nos tratamentos e estilos de vidas. O trabalho realizado nesse período se tornou rotina diária da UBS, tudo para melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI, 2015.	51
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI, 2015	52
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia	53
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia	53
Figura 5	Proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo	54
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	55
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia	56
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia	56
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	57
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	58
Figura 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	59
Figura 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	59
Figura 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	60
Figura 14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	61
Figura 15	Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	62
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular	63

Figura 17	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre riscos de tabagismo	64
Figura 18	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	65

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário da Saúde
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
EAD -	Educação a Distância
HIPERDIA -	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
VIGITEL -	Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral.....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores	35
2.3.3 Logística	42
2.3.4 Cronograma	45
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	49
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados	50
4.2 Discussão	65
5 Relatório da intervenção para gestores	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências	76
Apêndices.....	77
Anexos	83

Apresentação

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso da pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS de Cidade Nova, Campo Maior/PI.

O texto está organizado em capítulos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso dentro das Unidades de Aprendizagem.

No capítulo 1, trás a Análise Situacional, produzida na Unidade 1. No capítulo 2, é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. No capítulo 3 o relatório da intervenção realizada durante 16 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. No capítulo 4, encontra-se o material produzido na unidade 4 do curso, compreendendo a avaliação e discussão dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. O capítulo 5 contém o relatório da intervenção para os gestores, e no capítulo 6 o relatório para a comunidade, e no capítulo 7, uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da realização da intervenção. Encerrando com as referências, anexos e os apêndices.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município Campo Maior fica localizado no estado Piauí, trabalho numa Unidade Básica de Saúde (UBS) na zona urbana, que tem aproximadamente 3500 habitantes cadastrados, a equipe de saúde tem 17 trabalhadores, sendo 7 agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 auxiliar do dentista, 2 vigias, 1 copeira, 1 recepcionista, e 1 médico. Quanto a estrutura possui uma sala de recepção, um consultório médico, um consultório de enfermagem, consultório de odontologia, uma sala de curativo. Existem outras especialidades que atendem no posto, mais não tem consultório próprio. Contamos com apoio da secretaria de saúde de nosso município, que apresenta um hospital, e atualmente está em construção uma Unidade de Pronto Atendimento.

Existem muitos programas prioritários no município de Campo Maior, que precisam ter um estudo mais profundo por parte dos profissionais que trabalhamos com os programas. Atendo a população 8 horas todos os dias, que soma um total de 32 horas na semana, sendo 8 horas dedicadas para os estudos.

Na UBS todos os trabalhadores tem uma boa relação de trabalho e amizade, tem um bom atendimento com a população. A UBS está em um local alugado e não tem as condições necessárias para um atendimento integral, que necessita cada paciente que vai ser atendido. A UBS Cidade Nova está em construção, que deve ser concluído no final do ano 2014. Dificuldades com medicação para manter o controle das doenças crônicas e tratar outras doenças, além disso, se precisa ter um conhecimento mais profundo dos principais problemas que tem a população, família por família, paciente por paciente, ter um conhecimento mais profundo de como moram, qual e sua alimentação, a vida de todos integralmente para melhorar sua saúde, para poder fazer atividades direitas de promoção de saúde e prevenção de

doenças. Cada trabalhador, cada agente de saúde tem que ter um conhecimento integral de os principais problemas que tem cada usuários, tem que ter uma preparação integral para chegar a ajudar a essa pessoa que precise um conselho, uma palavra para sentir-se melhor. Precisamos fazer um trabalho com as crianças, nas escolas, para que tenham um melhor crescimento e desenvolvimento, precisamos manter uma união, uma maior integração das equipes básicos de saúde e os principais líderes das comunidades, com os mais necessitados.

Queremos ajudar a melhorar a saúde dos usuários da UBS no Bairro Cidade Nova, e do povo do Brasil, mais ainda, falta muito por fazer, necessitamos a união, a preparação integral, a humildade e humanidade de cada trabalhador, para dar a essas pessoas uma melhor qualidade de vida, com nosso esforço e sacrifício podemos cumprir com essa meta, e assim dar um pequeno impulso para alcançar os objetivos de saúde propostos pelo Ministério de Saúde do Brasil. Este texto foi escrito em 20 de agosto de 2014, durante o desenvolvimento das atividades de ambientação ao curso.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Campo Maior é um município brasileiro do estado do Piauí, localiza-se à latitude 04°49'40" sul e à longitude 42°10'07" oeste, estando à altitude de 125 metros. Sua população estimada no ano de 2013 foi de 45.180 habitantes. Possui uma área de 1.699,383 km².

O sistema de saúde do município conta com 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 10 no modelo tradicional e 7 em construção, além disso, tem um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialização Odontológico (CEO) com atendimento para a população, tem algumas especialidade que fazem atendimentos no município, mas a maiorias das especialidades são realizadas na capital e os atendimentos demoram muito. São realizados na secretaria de saúde algum exames, outros em clínicas pelo SUS, e outros na capital, que demoram ao igual as consultas, tem um pequeno hospital no município que faz os atendimentos de urgência e emergência, além clinicas privadas.

A UBS Enfermeira Zezinha onde trabalho pertence a zona urbana, esta provisoriamente em um prédio alugado, pois está em construção, e a previsão para

termino e para o próximo ano, a unidade de saúde tem vínculo total com o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante programas com controle e orientação da Secretaria de Saúde, tem vínculo com instituições de ensino, com a Universidade de Saúde da Capital, mediante cursos que recebemos, mediante o Programa de Telessaúde, que nos ajuda em nossa superação, discutindo casos clínicos, esclarecendo dúvidas, aumentando nosso conhecimento, o modelo de atenção é a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A equipe de saúde é composta por um enfermeiro, um odontólogo, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de enfermagem, um técnico de odontologia, uma secretária um médico, e dois vigias, mais uma copeira. A UBS tem algumas dificuldades quanto a estrutura física como a presença de degraus, a falta de corrimãos, e rampas, o banheiro é inadequado para os cadeirantes, a sala de espera é inadequada, existem barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso aos usuários cadeirantes, idosos e com outras deficiências físicas aos serviços de saúde. Isso dificulta um atendimento de qualidade, já que os usuários chegam a consulta depois de passar por essas barreiras arquitetônicas, estando assim inquietos, nervosos, e estressados, com desejo de voltar para sua casa muitas vezes. As barreiras arquitetônicas podem produzir algum tipo de acidente para os usuários com deficiências, tudo isso dificulta o trabalho adequado na UBS. A sala de espera é muito pequena para receber todos os usuários, com poucas cadeiras, que dificultam que os usuários possam ficar tranquilos e sentados, então ficam perto das salas de consultas, onde as pessoas falam muito alto às vezes e dificultam a concentração dos profissionais que estão realizando a consulta. Outra deficiência encontrada na UBS é que só tem um banheiro para todos os usuários, ou seja, mulheres e homens não têm condições de qualidade para usuários cadeirantes. A sala de curativos é muito pequena o que dificulta um bom desempenho do trabalho com qualidade, e pode produzir acidentes de trabalho.

As salas de consultas de enfermagem, odontólogo, e médico têm as condições de trabalho mínimas, iluminação, ventilação, mais a sala de espera dos usuários, não têm boa ventilação e os usuários muito próximos e estressados pelo calor, o que pode levar a transmissão de doenças infectocontagiosas, principalmente respiratórias. Não realizamos exames de laboratório de urgência em usuários com suspeita de algumas doenças, que precisam de tratamento rápido, e assim eu posso prevenir complicações de muitas doenças. Não temos medicamentos de urgência

para doenças de emergências que necessitam ser tratadas, sendo uma dificuldade porque com eles se podem evitar complicações de muitas doenças. Damos orientações para o gestor de saúde e a secretaria de saúde, para que procurem soluções e levem as dúvidas ao nível superior do governo, para fazer calçadas nas áreas próximas da UBS para garantir o deslocamento seguro dos usuários, inclusive os com deficiência visual, cadeirantes, idosos e outras pessoas que tenham necessidades especiais. Uma UBS com estrutura de qualidade integral é importante, para isso todo deve ser bem planejado, os projetos de urbanização das vias públicas, parques, estruturas de saúde, e demais espaços para garantir o direito de movimento com segurança às pessoas idosas, com mobilidade reduzida, e portadora de necessidades especiais.

É trabalho de todos os profissionais realizarem um bom atendimento com qualidade e integralidade para todos os usuários, dar uma boa preparação para todos os profissionais que trabalham na unidade, para que tenham conhecimento geral dos principais problemas da comunidade. Existem muitas dificuldades que podem ser resolvidos pelos profissionais, como por exemplo, para que os usuários tenham mais espaço para ficar na sala de espera podem ser agendados os horários das consultas, para não ter tantos usuários aguardando o atendimento no mesmo horário e assim ficar mais tranquilos, menos estressados, com menos possibilidades de contágio de algumas doenças, outra medida seria colocar uma sinalização para não falar alto na sala de espera. Realizar um bom atendimento aos usuários de maneira integral e com qualidade será necessário fazer um trabalho de promoção em saúde e prevenção de doenças e complicações com ajuda de todos, para que assim a população se sinta bem atendida, com amor e carinho.

São características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, como priorização de intervenções clínicas e sanitárias, alimentares e ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou persistência de doenças e danos evitáveis. A equipe faz um bom trabalho com a população promovendo uma atenção integral, continua e organizada a cada usuário, desenvolvendo ações educativas com grupos de idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes.

O atendimento domiciliar é realizado aos usuários que possuam problemas de saúde descontrolados, descompensados e com dificuldade ou impossibilidade

física de locomoção. As reuniões de saúde são realizadas semanalmente para debater em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe para um bom desenvolvimento de nosso trabalho. Participamos das atividades de educação permanente, mantemos atualizado o cadastro das famílias e dos usuários no sistema de informação e nos prontuários, mantemos uma boa comunicação de trabalho e respeito, mas temos dificuldade que atrapalham o completo desenvolvimento do trabalho e da atenção aos usuários como, por exemplo, não temos UBS com características adequadas para fazer alguns procedimentos de cirurgia, que são importantes, pois muitas vezes os usuários procuram a UBS com feridas para fazer uma sutura e não temos as condições de equipamento e lugar para realizar o procedimento, então o usuário tem que ir para o hospital que fica longe da UBS, e isso dificulta o desenvolvimento do trabalho e o atendimento de qualidade a população. .

Contamos com um total de 3456 usuários na área de trabalho da UBS, sendo a maioria do sexo feminino (1839). A população adstrita a nossa equipe de saúde é adequada para os profissionais que trabalham na mesma.

A equipe da UBS tem que estar atento para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresentam, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologia, que ajudem: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, reconstruir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono. Faz muito sentido, dessa forma, que as ESF possam, por exemplo: realizar uma ação de promoção à saúde para combater o lixo acumulado inapropriadamente (que oferece riscos à saúde); inserir pessoas com baixa renda em programas sociais, fazer a notificação de um acidente de trabalho, utilizar uma medicação ou realizar um procedimento que cure uma doença ou diminua uma dor, cuidar de usuários com hipertensão arterial ou diabetes, entre outras doenças, contar com o apoio dos CAPS ou NASF para abordar casos com saúde mental, conversar com gestantes, e também realizar abordagens de questões relacionadas à sua vida, participar da coordenação do projeto terapêutico dos usuários que foram encaminhado para um especialista de outro serviço de saúde, dar suporte ao usuário (e a seus familiares) em estado terminal de vida, oferecer escuta a quem chega ansioso querendo atendimento imediato sem estar agendado.

Acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. É muito importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, e reconhecida como legítima pela equipe de saúde. Na UBS, o usuário chega com agendamento, podendo ser recebido pela enfermagem, médico, odontólogo, técnica de enfermagem, agente de saúde ou recepcionista. Se o usuário tem atividade agendada ocorre o encaminhamento, se for um atendimento de rotina da unidade se encaminha para setor requerido (farmácia, alguns procedimentos médicos ou de enfermagem que se podem fazer na UBS). O acolhimento se faz na sala de recepção geralmente, e se encaminha dependendo o problema dele para outro espaço, já seja sala do enfermeiro, médico, ou odontólogo, se escuta e se avalia o caso e são dadas as orientações pertinentes, se o problema for agudo e precisa de atendimento de imediato se faz o atendimento, se não dá para fazer o atendimento na UBSDAE dar uma boa orientação, sempre com bom trato, educação, amabilidade, se o usuário não for da área de abrangência, se escuta e se avalia o caso, e se precisar do atendimento de urgência e estiver no nosso alcance o atendimento é realizado, se não se encaminha para serviço pertinente, mais sempre se escutam a todos os usuários, e se damos um bom atendimento, de qualidade e integralidade. Para isso nos preparamos nas reuniões semanais, reunião com equipe do NASF e CAPS, com na secretaria de saúde. Sempre converso com os profissionais que tem que colocar-se sempre no lugar daquela pessoa que sofre, com essas ações ajudamos na melhoria de nosso serviço.

Na UBS a cobertura de Saúde da Criança é muito boa, tendo uma cobertura de 88% de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS, ou seja, são 46 crianças, para um estimado de 52. Os indicadores de qualidade ficam muito bem, devido ao trabalho realizado em equipe e com demais profissionais do município. O atendimento inicia com a chegada da criança na área de trabalho, a família é sempre informada para levar a UBS para o exame geral da criança e da puérpera nos primeiros sete dias de nascidos, assim se dá a orientação gerais sobre alimentação saudável, neste caso aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e os benefícios para criança e mãe, se orienta sobre higiene pessoal e coletiva em casa, sobre a prevenção de doenças respiratórias e doenças diarreicas. Frequentemente as crianças, realizam exame físico geral, orientamos sobre a

importância da vacina, o tempo em que deve ser administrada, e programa-se a próxima consulta.

Contamos com registro específico das crianças, e com o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde de 2013 que nos ajuda em nosso trabalho dia a dia. Realizamos visitas domiciliares para ver como vive essa criança, onde conversamos com mãe, pai e membros da família, para conhecer como enfrentam o trabalho em casa com o novo membro familiar, se escuta as pessoas e se dão orientações sobre o cuidado da criança. São atendidas com prioridade os casos de doenças agudas que chegam a UBS, quando fazemos o exame físico na consulta, as crianças que precisam atendimento especializado para algum tipo de doenças, se realiza encaminhamento para outras especialidades, temos uma dificuldade para o atendimento com pediatria, precisamos de pediatra que façam consultas pelo menos uma vez por mês na UBS, porque as consultas para ele ficam muito longas, e temos crianças que precisam de atendimentos mais rápidos.

Participamos em conjunto da busca ativa das crianças que não comparecem as consultas na UBS, realizamos reunião semanal para avaliar aspectos das crianças e algumas dúvidas dos problemas existentes, fazemos palestras desde o pré-natal para preparar as gestantes para o atendimento de puericultura, para aleitamento materno, prevenção de acidentes, e prevenção de outras doenças, para vacinação, os problemas que não podemos resolver na UBS são relatados para o gestor de saúde ou secretário de saúde, para dar solução ao problema, ainda falta muito por fazer, mais trabalhamos juntos para melhorar os indicadores de morbimortalidade no Brasil.

As ações de pré-natal são desenvolvidas pela equipe que acompanha 21 gestantes da área cadastrada, com uma cobertura de 41% gestantes, sendo estimados 51 gestantes. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adstrita de mulheres em idade fértil, e aquelas mulheres que demonstram interesse em engravidar, e ou já tem filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe e quanto mais acolhedora for à equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré concepcionais, detecção precoce da gravidez e início do pré-natal. Para garantir uma atenção pré-natal e puerpério de qualidade, e preciso uma captação da gestação no primeiro trimestre, para poder identificar os principais riscos e ajudar a

manter uma gestação com qualidade e que não tenham nenhuma complicação para a mãe e feto.

Na UBS trabalhamos em equipe e temos um registro com todas as gestantes. Os profissionais trabalham todos os dias na busca ativa das gestantes antes das 12ª semana de gestação para dar uma atenção integral da gestação e encaminhar a tempo algum caso que precise. Temos gestantes que vão a UBS para realizar as consultas, mas algumas preferem fazer a consulta em serviços privados. São realizadas orientações sobre o pré-natal, a alimentação das gestantes, as vacinas, a higiene pessoal, sobre a prática de caminhadas, preparam-se para aleitamento materno, indicam os exames correspondentes, se indica ácido fólico e sulfato ferroso quando corresponda, em geral a cobertura de pré-natal é boa na área de abrangência e os indicadores de qualidade ficam bons, pois orientamos sob aleitamento materno exclusiva até os 6 meses, orientamos sob anticoncepcionais de preferência para prevenção de uma gestação no primeiros 2 anos do parto, e prevenção de doenças sexuais, se orienta a gestante sob o tempo adequado para tomar ácido fólico e sulfato ferroso como esta estabelecido, sobre consulta com odontólogo fazemos acompanhamento periódico e continuo de todas as gestantes na UBS e em seus domicílios, contamos com o protocolo de atendimento que nos permite uma melhor preparação e atendimento.

As gestantes sempre tem um atendimento de prioritário, se realizam ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, diagnóstico precoces e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. O trabalho na UBS é melhorar a cada dia, estamos trabalhando para a busca ativa da gestante, que ainda não estão frequentando a UBS.

Na UBS a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama é realizada em conjunto para melhorar os indicadores, existem atualmente 825 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de cobertura e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, sendo a cobertura de 99% das mulheres para essa doença, e o estimado de 836 mulheres, dessas 550 tem exame citopatológico em dia, o que representa uma cobertura de 67%, mais trabalhamos dia a dia para incorporar a todas para fazer o exame, damos palestras e visitamos as casas onde sempre falamos a importância de esse exame para prevenir o Câncer de Colo de Útero, temos uma excelente enfermeira, bem preparada na toma da amostra, se faz avaliação de risco de Câncer de Colo Útero a todas as mulheres

Realizamos, atividades de promoção e prevenção nas mulheres com risco, e aquelas que não têm riscos para prevenir o câncer de colo de útero, realizamos palestras, orientamos também nas visitas a casa, nas escolas, em cada consulta sobre a importância de fazer a citologia para determinar a tempo qualquer lesão pré-maligna, fazemos visita domiciliar a cada usuário com este tipo de câncer, temos indicadores que ainda ficam baixo, mais todos os dias trabalhamos para melhorar.

Durante as reuniões discutimos os casos de câncer e sempre pensamos nas melhores estratégias de atenção para as usuárias, precisamos melhorar na busca ativa de todas as mulheres com risco de câncer do colo de útero. É necessário, criar grupos de mulheres para ajudar na prevenção dessa doença, educar através da escola as meninas para diminuir e eliminar fatores de risco do câncer de colo do útero, orientar da família sobre alimentação saudável, sobre fazer exercício físico, a importância de eliminar o tabagismo, incrementar as palestras para orientar a importância da prevenção, aumentar a busca ativa das mulheres entre 25 e 64 anos que não fizeram citologia vaginal e falar sobre a importância da mesma. Orientar as famílias das mulheres com citologia vaginal alterada, para dar seguimento adequado a essa doença, fazer os exames indicados, dar apoio psicológico.

Os usuários que com câncer do colo do útero da UBS, tem seguimentos por todos os profissionais sempre que precisem de apoio, com as consultas programadas, fazemos todo com amor, carinho, e sempre ficar do lado da aquela pessoa e família necessitada, precisamos de especialistas para atendimentos mais precoce dessas doenças e tratamento oportuno. Sendo trabalhado o tema de prevenção de doenças sexualmente transmissível, o uso de preservativo. Para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, devemos levar o controle de todas as que fazem a citologia, arquivar corretamente o resultado, e diante de exames alterados devemos encaminhar para o especialista e pedir a contra referencia, uma vez que chegue à área com tratamento, dar um correto seguimento, desde as visitas as casas pelos profissionais da UBS, aconselhando sempre sobre o tratamento adequado e apoiando sempre orientar, falar com carinho e amor.

Quanto ao controle do Câncer de Mama, a cobertura de controle de câncer de mama é de 99%, existem ao total 257 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, sendo o estimado de 259. Dessas um 74% tem a mamografia em dia, todas tem avaliação de risco para câncer de mama, são realizados exames clínicos e/ou solicitação de mamografia

todos os dias da semana e em todos os turnos, as ações de rastreamento são realizadas pelo médico, enfermeiro e técnica de enfermagem, o rastreamento é oportunístico e organizado, contamos com um protocolo de controle de Câncer de Mama e Câncer de Colo de Útero do Ministério de Saúde do ano 2013.

Realizamos palestras, visitamos as casas, as escolas onde orientamos sobre os fatores de risco e como prevenir o câncer de mama, orientamos sobre a importância da mamografia em mulheres maiores de 50 anos de idade, e com 40 anos aquelas que têm risco, sobre importância de autoexame de mama todos os meses, sobre alimentação saudável. As mulheres com câncer de mama na UBS são poucas, mais uma vez que chegam a UBS com exame positivo são encaminhadas para o especialista, e ao retornarem com o tratamento de especialista são visitadas em casa e agendadas consultas de seguimento na UBS para exame físico e orientações gerais, do domicílio se fala com toda a família para que apoiem a mulher, dando apoio psicológico e orientando sobre o cuidado da mesma. Fazemos reunião na UBS para melhorar o trabalho diário com essas mulheres, para dar seguimento a busca ativa, sempre falamos o que o câncer quando detectado a tempo tem cura, orientamos que antes de qualquer lesão que tenham na mama devem ir ao posto para ser examinadas pelo médico, com o trabalho de todos podemos diminuir a morbimortalidade de mulheres com câncer de mama e colo de útero.

Em relação às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), atualmente atendemos 96 pessoas com DM (198 estimado) e 400 pessoas com HAS (693 estimado). A cobertura é de 48% para os usuários com DM e 58% para HAS. Na UBS trabalhamos para melhorar os indicadores de HAS e DM, contamos com prontuários específicos na UBS, que são revisados pelo médico e enfermeiros regularmente para avaliar riscos e verificar quem está com consultas programadas atrasadas. Dentre as atividades desenvolvidas é realizada a busca ativa, palestras, visitas domiciliares são realizados a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em 100% dos hipertensos.

Algumas orientações são sempre reforçadas tais como: a importância de comparecer as consultas agendadas, orientações aos usuários sobre alimentação saudável, sobre a prática de exercício físico regular, orientações sobre os malefícios do tabagismo e bebidas alcoólicas, sobre o cuidado das unhas das mãos e pés para os diabéticos, são examinados também pelo odontólogo e psicólogo todos os

usuários que necessitarem, fazemos atendimento todos os dias. Trabalhamos em conjunto, o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, apoiados pelos profissionais do NASF, psicólogo, e nutricionista, sempre dando um atendimento de qualidade como merecem os usuários, após as consultas, todos saem com a programação da próxima consulta, todos os usuários que chegam com qualquer processo agudo são atendidos, tratados e encaminhados se for preciso. Contamos com o protocolo de atendimento de HAS e DM do Ministério da Saúde de 2013, que nos permite um melhor tratamento para os usuários hipertensos e uma melhor preparação individual. Sempre fazemos reunião para melhorar a consulta com os usuários, para melhorar nosso trabalho, para discutir algum caso clínico.

Na UBS trabalhamos sempre para melhorar a saúde do povo, cada paciente idoso tem seu prontuário clínico que é revisado regularmente para ter conhecimentos sobre aqueles que tenham atrasados na consulta, aqueles com alguns risco que precisa seguimento mais frequente. Temos um total de 368 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, sendo a cobertura de 100%. Contamos com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, se realiza avaliação multidimensional rápida, acompanhamento em dia. Entre os idosos, 216 tem HAS e 65 DM, mais trabalhamos para manter controle dessas doenças e prevenir complicações, orientamos os usuários sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular, a importante para o cuidado de sua saúde, fazemos atendimento para as pessoas idosas todos os dias da semana, de manhã e a tarde. Contamos com uma equipe multidisciplinar que trabalha em união com os idosos, composto por médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, odontólogo, técnico de enfermagem, agentes de saúde, trabalhamos diariamente para dar um atendimento de qualidade e integralidade, cada vez que são feitas as consultas, eles saem com a próxima consulta agendada. Mas quando apresentam algum problema agudo eles procuram a UBS e são atendidos, pelo médico ou enfermeiro, sendo examinados e se precisar de encaminhamento para outro especialista ou para fazer algum exame, ou para alguma urgência são encaminhados, quando existe alguma campanha de vacinação, são vacinados na UBS.

Realizamos atividades de promoção de saúde, atividades físicas, de hábitos alimentares saudáveis, se faz diagnóstico e tratamento de saúde bucal, da saúde mental, se faz atividades de prevenção de consumo de tabagismo, de bebidas alcoólicas, de acidentes, de obesidade, se realizam avaliação clínica pelos

profissionais da UBS, da capacidade funcional global do idoso. Realizamos atividades com grupo de idosos, damos palestras geralmente nas igrejas onde participam os idosos e familiares, e fazemos atividades recreativas também, fazemos visitas as casa e falamos com os familiares sobre o cuidado destas pessoas, sobre integração as atividades da casa, sobre alimentação, sobre atividade física sua importância. Na comunidade existe um lago, onde muitos idosos fazem caminhadas. São realizadas reuniões na UBS mensalmente para discutir alguns casos importantes, para aumentar nosso conhecimento, para verificar algum atraso de alguma pessoa idosa que não esta assistindo a consulta, trabalhamos diariamente na busca ativa destas pessoas para incorpora-lo ao grupo, é realizado na área de abrangência o cuidado domiciliar a pessoas idosas que necessitem, pelo médico, enfermeiro, odontólogo, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros profissionais, temos dificuldade com alguns especialistas no município como geriatra, mais aqueles que precisam ser avaliados por ele se faz encaminhamento pela a secretaria de saúde que transporta até a consulta. Realizamos o trabalho sempre em equipe, e tratamos a essas pessoas com muito amor, carinho, como se fossem nossa família, nosso pai, avô, eles são como crianças e precisam de todo nosso serviço, atendimento de qualidade e integralidade, amor e respeito. E um orgulho trabalhar com as essas pessoas.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

No início do curso tinha uma visão geral da UBS e não conhecia a realizada da população atendida, assim como suas reais necessidades, com a análise situacional realizada durante a Unidade 1 da especialização, foi possível investigar e levantar os dados da população atendida na UBS. Assim percebemos que temos muitas dificuldades e desafios, precisamos melhorar o acolhimento dos usuários, fazer o cadastro confiável, melhorar os agendamentos das consultas para os diferentes programas de atenção primária como atenção a criança, idosos, atenção pré-natal, doenças crônicas não transmissíveis, programa de prevenção de câncer de mama e colo de útero, melhorar os sistemas de registros para ter melhor controle

das ações feitas e seu impacto na comunidade, melhorar a participação ativa de todos os membros da equipe em todas as atividades de promoção.

Após a análise situacional já foram realizadas algumas melhorias, quanto ao atendimento, às consultas ficam mais organizadas, o número de atividades para a população e para os grupos específicos aumentaram, são realizadas palestras nas igrejas. Temos maior conhecimento sobre o trabalho na UBS, sobre os principais problemas de saúde que tem a população, trabalhamos em equipe com muita união e contamos com o apoio da Secretaria de Saúde, do gestor de saúde. A população atendida na UBS fica muito contente e agradecida com nosso trabalho, mantemos aumentando a busca ativa de doenças crônicas não transmissíveis, de grupos específicos, em quanto a estrutura da UBS está igual e trabalhamos na mesma UBS com as mesmas dificuldades estruturais, continua a construção do novo posto de trabalho, ainda temos dificuldades com os medicamentos, fazemos sempre nosso trabalho com muito amor, carinho, aumentando nosso conhecimento diário, nossa preparação individual, em pro de melhorar a qualidade de vida no povo brasileiro.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos mais relevantes problemas de saúde pública do país, com prevalência entre 22,3% a 43,9%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos dependendo da população estudada, da região ou do critério diagnóstico utilizado. Segundo o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (VIGITEL, 2011), a hipertensão arterial atinge 22,7% da população adulta brasileira. A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose, e ainda está associada a comprometimento renal e vascular periférico. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que mais de 246 milhões de pessoas têm DM e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. O Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos e esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas. Segundo o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (VIGITEL) em 2011, o diabetes apresenta prevalência de 5,2% da população adulta brasileira.

Globalmente 4,6 milhões de mortes são atribuídas ao diabetes e a cada sete segundos alguém morre devido a esta doença. O DM compartilha fatores de risco comuns com outras Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), como inatividade física, nutrição inadequada e obesidade. A prevalência de hipertensão é de aproximadamente o dobro entre os diabéticos em comparação com o não diabéticos. A hipertensão afeta 40% ou mais dos indivíduos diabéticos, segundo o Protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

A UBS Enfermeira Zezinha fica localizada na zona urbana, o modelo de atenção é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a equipe de saúde é composta por um enfermeiro, um odontólogo, sete ACS, um técnico de enfermagem, um técnico de odontologia, uma secretária, um médico, dois vigias, uma copeira. Tendo três consultórios um para médico, um enfermeiro, e um para o odontólogo, além disso, contém uma sala de espera, sala de curativos, um banheiro para a população e uma pequena cozinha.

Contamos com um total de 3456 pessoas na área de trabalho, sendo a maioria do sexo feminino (1839), temos 1064 famílias cadastradas. Na UBS existem 400 usuários com HAS cadastrados, com 20 anos ou mais residente na área de cobertura, sendo o estimado de 693, e 96 usuários cadastrados com DM sendo o estimado de 198. A cobertura da atenção é de 58% para os usuários com HAS quanto aos indicadores de qualidade temos 3% dos usuários com HAS com atraso nas consultas em mais de 7 dias, um 98% com exames complementares em dia, um 75% nos usuários tem avaliação de saúde bucal em dia. A cobertura da atenção aos usuários com DM é de 48%, sendo que os indicadores de qualidade 5% dos pacientes com DM tem atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, e 88% tem avaliação de saúde bucal em dia.

Na ESF a equipe faz ações de educação, promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção das doenças e complicações no caso de HAS e DM, agendam-se consultas segundo os protocolos do Ministério de Saúde. São realizadas palestras e visitas domiciliar, mantemos as atividades para melhorar e estruturar o controle das doenças, sempre realizamos um atendimento de qualidade.

Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são os profissionais na ESF com disposição para realizar o trabalho, contamos com usuários com HAS e DM dispostos a participar da intervenção, contamos com local para fazer as atividades com os usuários, contamos com os protocolos de hipertensão e diabetes que nos ajudam a aumentar nosso conhecimento. A intervenção pode melhorar a atenção a saúde da população alvo em muitos aspectos, primeiro ajudar a melhorar a qualidade de vida dos usuários, dando um melhor conhecimento sobre sua doença, sobre os medicamentos que devem ser administrados, sobre as consultas programadas que devem assistir, sobre sua alimentação e prática de atividade física. Mediante a intervenção se pretende cadastrar a maior quantidade dos usuários com hipertensão e diabetes, e assim com um correto tratamento

ajudaremos na prevenção de complicações, diminuindo a mortalidade, melhoraremos o trabalho da equipe e seu conhecimento, começará um processo de intervenção que será de guia para próximas intervenções.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS de Cidade Nova, Campo Maior, PI, Brasil.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar registros das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Enfermeira Zezinha, no Município Campo Maior, Estado Piauí. Participarão da intervenção 474 usuários, deles 434 hipertensos e 119 diabéticos com 20 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura em hipertensos e/ou diabéticos

Metas 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos e 80% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. O médico será responsável pelo monitoramento da ação, a avaliação a faremos toda a equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, a equipe toda participará do registro. Melhorar o acolhimento para os usuários

portadores de HAS e diabéticos, já que o acolhimento atual é bem desenvolvido. Perceber material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Farei uma reunião com a equipe de nossa ESF pedindo o apoio de cada um nesta tarefa, principalmente os agentes de saúde, que são os responsáveis das microáreas e conhecem melhor a população da área adstrita a eles. Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Aproveitando os diferentes cenários como as consultas medindo a pressão arterial aos usuários maiores de 18 anos ou menores de essa idade com fatores de risco como a obesidade, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, obesos, com antecedentes familiares de diabetes mellitus e outros fatores de risco, nas visitas domiciliares, as atividades feitas em grupos. Também estarei com os agentes uma tarde por semana para monitorar o trabalho e ajudar melhorar a qualidade do mesmo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, todo será feito durante as consultas, durante as visitas domiciliares e as visitas feitas pelos agentes de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, para 100% dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80

mmHg, a capacitação será feita pelo enfermeiro e médico, durante as reuniões semanal da equipe.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado, exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, dos usuários hipertensos e diabéticos, o número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo Ministério da Saúde de 2013, adotado na UBS, será feito pelo medico e enfermeiro, semanalmente. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (Hiperdia), como não temos na UBS medicamentos suficientes e de qualidade para esta ação, encaminhamos aos usuários para a farmácia popular, será feito o monitoramento pelo médico e enfermeiro em cada consulta com os usuários. Monitorar através da ficha espelho os usuários avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, será realizado pelo médico durante as consultas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados, garantir a solicitação dos exames complementares, realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, todo avaliado pelo médico e enfermeiro, durante as reuniões da equipe. Durante as consultas clínicas, para a realização a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Nas conversas no grupo são feitas de forma expositiva com recursos de multimídia apresentando imagens de lesões de pés diabéticos e outras imagens que os usuários enxergam e perguntam dúvidas. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, assim como a necessidade de ter sua saúde bucal avaliada. Nas consultas agendadas ou nas consultas de demanda imediata ou nas atividades de grupo que os usuários vão solicitar renovar as receitas, faremos a prescrição desses medicamentos para a farmácia popular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Nas consultas feitas pelo médico e enfermeiro, sejam agendadas, cuidado

continuado ou demanda imediata faremos o interrogatório e exame físico aos usuários e também, durante as atividades de grupo, falaremos da importância de assistir as consultas médicas e com o dentista, da importância de fazer o exame odontológico. Pedindo apoio ao dentista para fazer as pesquisas nos usuários no ambiente das consultas onde tem mais condições para um exame físico de qualidade, porém todos os profissionais da equipe que forem capacitados durante as reuniões da equipe para avaliação das necessidades de atendimento odontológico.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), um membro da equipe ficará responsável por o monitoramento (médico). A procura dos faltosos deverá ser feita pelos ACS e também na UBS, pelo enfermeiro, auxiliar de enfermagem, atendente de farmácia e o médico, será de utilidade o arquivo específico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar e planificar as visitas domiciliares para buscar os faltosos. A mesma poderá ser feita por qualquer dos integrantes da equipe, organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecer aos pacientes com hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Quantificaremos os faltosos, pois não temos registro específico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar os ACS para orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, durante as reuniões da equipe, semanalmente.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, o registro deverá ser feito com letra legível, contemplando sintomas, diagnóstico, solicitação resultado e interpretação de exames, tratamentos, encaminhamentos, renovação de receitas, será feito mensalmente pelo médico e enfermeiro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, temos caderneta de acompanhamento desta ação que a técnica de enfermagem preenche com dados dos usuários, pero que agora deveremos dar continuidade na atualização de dados e colocaremos a data do agendamento da próxima consulta. Será o enfermeiro responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, o arquivo específico será de utilidade para este item.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas e as visitas domiciliares

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, sendo realizado pelo médico e enfermeiro, durante as reuniões no primeiro mês da intervenção.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, sendo que toda a equipe realizará o diagnóstico de risco em usuários em toda a UBS através dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Dar prioridade ao atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Manter as consultas agendadas regularmente e livre demanda para atenção destes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Serão orientados os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, nível de risco e à importância do acompanhamento regular. As orientações serão desenvolvidas coletivamente, por meio dos grupos operativos, e individualmente, por meio das consultas, visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos-alvo, assim como a importância do registro desta avaliação, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés. Os controles dos fatores de risco serão abordados mediante a promoção de hábitos saudáveis, atividade física, investigação por análises laboratoriais e tratamento, será feita a capacitação pelo médico durante as reuniões da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; orientação nutricional, atividade física, e riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Devemos guiar-nos pelos registros e arquivos específicos de diabéticos e hipertensos para monitorar e avaliar as consultas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista, nutricionista, educadores físicos para estes usuários, todo com o dentista como responsável.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Reforçar nas comunidades a intersetorialidade, as ações de promoção da saúde, garantir a disponibilização do atendimento com dentista, médico e a equipe. Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular e tratamento para abandonar o tabagismo. Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal, práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, promoção da atividade física regular (caminhadas orientadas adequadamente de acordo a capacidade física do paciente), tratamento de pacientes tabagistas, com ajuda do enfermeiro, dentista e médico, durante as reuniões da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal, prevenção, alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo, todo durante as reuniões de grupo, com ajuda do dentista, enfermeiro e médico.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores desenvolvidos para a intervenção estão em comum acordo com a Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e também com a planilha de coleta de dados que o nosso curso disponibilizou em parceria com a UFPel e a UNASUS.

Objetivo.1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar registros das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial (HIPERDIA), vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos as fichas de registro dos usuários, e a ficha espelho disponíveis pelo curso. Estimamos alcançar um cadastro de um 80% dos usuários diabéticos e hipertensos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registro e do prontuário eletrônico, identificando todos os pacientes diabéticos e hipertensos que vieram a consulta nos últimos três meses. O profissional localizará os prontuários dos usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

A estruturação do acolhimento na UBS é muito importante para alcançar os objetivos da intervenção, assim o acolhimento dos usuários diabéticos e hipertensos

na UBS será realizado da seguinte forma: o acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem, para usuários com fatores de risco serão atendidas por consultas agendadas para ampliar a detecção de hipertensão e diabetes nas consultas, usuários com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências e aproveitar para fazer prevenção.

Os usuários que vierem à consulta não programada com sintomas de HAS e DM serão examinados pelo médico e enfermeiro, e sairão da UBS com indicação de exames complementares, e com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento e serão tratadas pelo médico e enfermeiro.

Para monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa contaremos com os ACS, que serão os responsáveis do cadastro nas comunidades e realizar a busca dos usuários faltosos a consulta. É muito importante esclarecer a comunidade sobre a importância das consultas programadas e a realização dos exames complementares, serão providenciadas atividades com as equipes para realizar a verificação da pressão arterial e hemoglicoteste na comunidade, o transporte será providenciado com ajuda do gestor de saúde. A vacinação dos usuários nas comunidades será feita pelo enfermeiro e técnicas de enfermagem, e as técnicas de enfermagem realizarão controle de medicamentos na farmácia da UBS.

Faremos contato com a associação de moradores, com os estudantes das escolas de nossa área, e com os representantes da comunidade, nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da prevenção destas doenças e de comparecer as consultas. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários diabéticos e hipertensos, também falaremos com a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente o enfermeiro examinará as fichas espelho dos usuários, identificando aqueles que estão com consultas exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Serão utilizados para orientações alimentares e físicas o momento da consulta, as visitas domiciliares, nos grupos que forem trabalhados os temas, na igreja e na UBS, mediante palestras, conversa com usuários, em cada momento de contato com os usuários, com o médico e enfermeiro como responsável.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi realizada com o apoio da equipe durante todo o período da intervenção, inclusive durante as férias do médico. Forem realizadas as capacitações com os agentes de saúde e com o pessoal da equipe sem dificuldade, o monitoramento sobre o número de diabéticos e hipertensos cadastrado no programa foi feito sem problemas, forem garantidos os registros de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus adequadamente, o acolhimento que antes esteve com dificuldades em quanto ao pessoal adequado, tive uma organização efetiva, foi dada para a comunidade durante diferentes momentos (visitas domiciliares, palestras, atividades de grupo, consultas médicas) a informação sobre o controle da pressão arterial aos maiores de 18 anos pelo menos uma vez ao ano, tivemos dificuldades em algumas ações, tais como a busca ativa dos faltosos às consultas agendadas pelo fato que alguns usuários negarem-se a assistir, referindo em muitas vezes a falta de medicamentos do Hiperdia, e que não tenham tempo.

As visitas domiciliares foram realizadas aos usuários da população alvo com sucesso. As atividades coletivas programadas forem realizadas sem problemas, trazendo um intercâmbio favorável e rico em informações entre a equipe da UBS e a população. Os maiores problemas apresentados por eles foram: as dificuldades que tem para marcar as consultas com especialistas, agendar para fazer os exames laboratoriais, a falta de medicamentos para o tratamento da HAS e DM na ESF onde recebem gratuitamente.

Além dos problemas identificados, a intervenção foi feita e com boa qualidade, comprovando-se que os usuários estão captando as informações sobre a

importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas de forma regular, sobre evitar hábitos tóxicos como o consumo de drogas, álcool e o tabagismo, importância de assistir a consulta com o odontólogo.

Ainda não alcançamos o atendimento de 100% da população alvo, mas mediante a busca passiva e ativa deles encontramos uma boa quantidade de diabéticos e hipertensos que não estavam registrados no cadastro inicial, o que repercute na necessidade de aperfeiçoamento dos registros da ação programática em vias de implementação na UBS.

Todas as ações que foram planejadas durante a intervenção foram desenvolvidas. A incorporação das ações previstas no projeto á rotina do serviço e a continuidade da ação programática como rotina mesmo com a finalização do curso tem tido uma grande importância e um grande impacto na mudança dos estilos de vida dos pacientes e família da população da intervenção. Com as atividades desenvolvidas pela equipe, observamos que aumentaram os conhecimentos nestes pacientes, ajudando na melhoria no estado de saúde de muitos, foram necessárias mudanças nos tratamentos e estilos de vidas. Melhorou-se o cadastro de todos os usuários da população alvo, a prática de atividades físicas e sua importância para a saúde, a importância de uma alimentação saudável, a importância de assistir as consultas estabelecidas, a consultas de odontologia ajudarão a manter um controle adequado das doenças e prever complicações. O trabalho feito diante neste tempo e um inicio de um trabalho que vai ser continuado na rotina diária da unidade de saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas durante a intervenção foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A sistematização dos dados foi feitas de forma adequada, com todos os dados coletados adequadamente para a intervenção, as fichas espelho e a planilha de coleta de dados foram preenchidos pelo médico e enfermeiro com ajuda dos

profissionais da UBS, a implementação da ficha espelho permitiu um melhor trabalho, uma melhor organização dos dados sobre os usuários, e um melhor entendimento para dar uma adequada finalização a todo o pretendido pelo curso, todos dados forem apresentados mensalmente a equipe.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação das ações previstas na intervenção na rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina mesmo com a finalização do curso, tem apresentado um grande impacto na mudança dos estilos de vida dos usuários da população alvo da intervenção, assim como no controle adequado das doenças e a prevenção das complicações em longo prazo.

Com as atividades tanto individuais como coletivas que foram desenvolvidas na ESF e na comunidade, observamos que os conhecimentos aumentaram de forma muito positiva nos usuários, modificando o estado de saúde de muitos deles, foram necessárias mudanças nos tratamentos medicamentosos e do estilo de vida. Melhorou-se o cadastro de todos os usuários dos HAS e DM, tendo como exemplo que a quantidade de diabéticos acompanhados, foi quase o dobro da que tínhamos no início da intervenção. A prática de atividades físicas e sua importância para a saúde foi qualificada aproveitando para fazer caminhadas de forma regular, se orientou a fazer as caminhadas perto do lago existente na cidade por ser um lugar adequado para a prática de caminhada. Para melhorar o controle das doenças foram trabalhados com os usuários a importância de uma alimentação saudável, a importância de assistir as consultas de controle estabelecidas pelo protocolo para evitar ou diagnosticar precocemente as complicações secundárias as doenças de base e manter um controle adequado das doenças. As mudanças favoráveis foram comprovadas ao longo da intervenção, notando como os conhecimentos dos usuários e da família aumentaram, assim como melhoria do estado da doença, chegando até a normalização dos parâmetros vitais de muitos deles, assim como a intervenção sobre os fatores de risco detectados nas avaliações clínicas e dos parâmetros laboratoriais. Foi o início de um trabalho que será continuado como uma rotina diária na UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A Intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Cidade Nova, município Campo Maior, Estado Piauí. A população total do território é de 3456 habitantes, sendo a estimada de hipertensos com 20 anos ou mais na área de 526 (22,7% da população), e a população de usuários diabéticos estimada em 130 (5,6% da população). Ao término das 16 semanas de intervenção, conseguimos ampliar os indicadores de cobertura e qualidade que serão descritos a seguir.

Com objetivo de ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, foi estabelecido como meta cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Assim o indicador a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde foi alcançado em 82,5% ao longo dos 4 meses de intervenção (Figura 1). No primeiro mês da intervenção a cobertura foi de 10% (44), no segundo mês foi de 26,8% (141), no terceiro mês foi de 53,8% (283) e no quarto mês de 82,5% (434). Podemos observar que aumentou mês a mês a cobertura de hipertensos, devido ao trabalho realizado pela equipe e pela busca ativa e visitas domiciliares, os atendimentos forem aumentando, os trabalhos feitos pelo grupo com as famílias, na comunidade, o trabalho em equipe permitiu a qualidade deste objetivo.

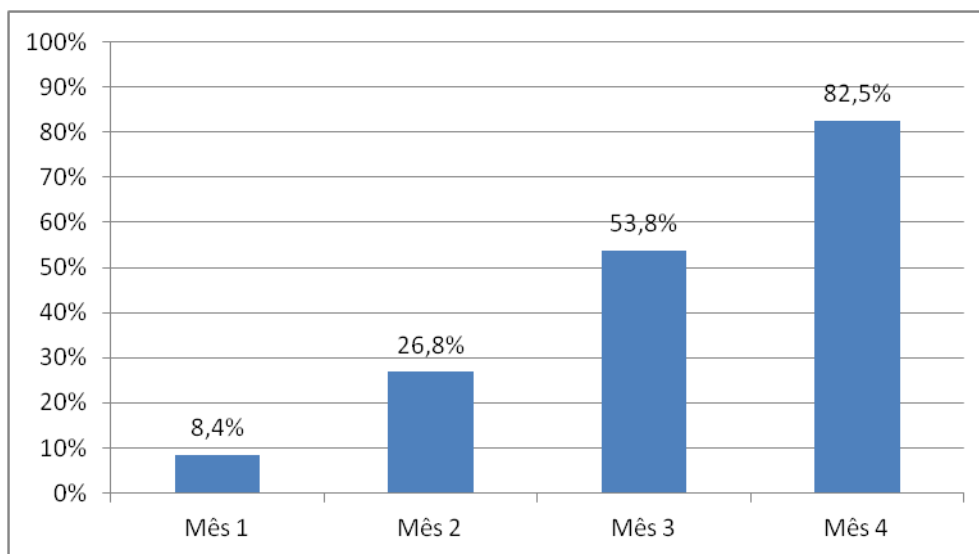


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI, 2015.

A segunda meta estabelecida foi de cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, o indicador utilizado foi a cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Conforme observamos na Figura 2, no primeiro mês a cobertura foi de 10% (13), no segundo mês de 29,2% (38), terceiro mês de 61,5% (80) e no quarto mês alcançou 91,5% (119). Este resultado evidencia o trabalho realizado em equipe, e onde foi superada a expectativa de cobertura dos diabéticos e hipertensos na área de abrangência. Um resultado muito favorável, levando em conta que durante a busca ativa e passiva realizada pela equipe, percebemos que tínhamos uma quantidade considerável de usuários que não estavam registrados como diabéticos aumentando em quase o dobro de diabéticos que tínhamos ao início da intervenção.

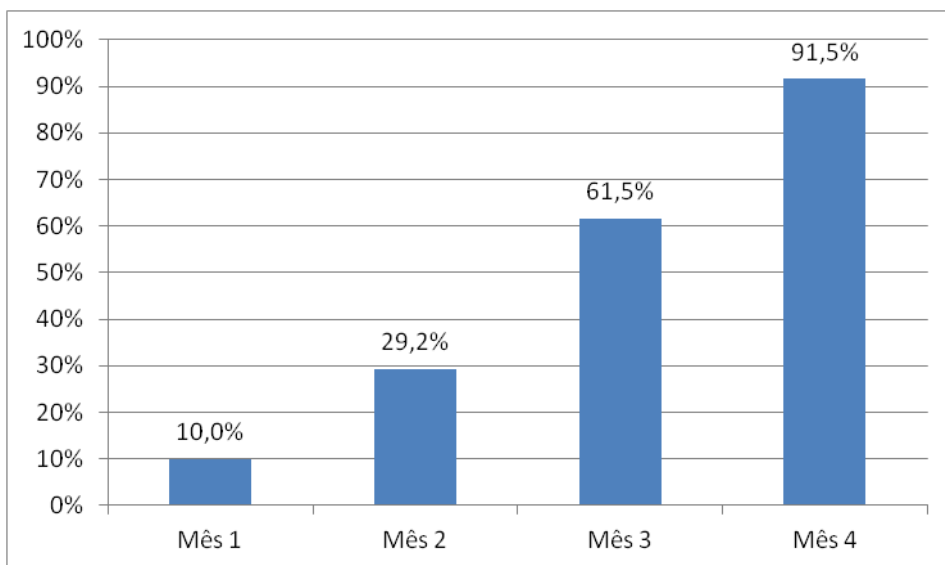


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI, 2015.

O objetivo 2 foi de melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, são apresentados como forma de desenvolver o começo da interface dos indicadores de qualidade da intervenção. Assim, destaca-se que as metas relativas a esse objetivo foram estipuladas em 100%.

A primeira meta foi de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, sendo o indicador utilizado a proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. No mês 1, foram realizado exames clínicos em 100% dos usuários (44), no mês 2 foram 86,5% (122), no mês 3 foram 89,8% (254) e no mês 4 foram de 87,3% (379), como observado na Figura 3, não foi cumprido ao 100% porque tivemos usuários que não compareceram as consultas programadas.

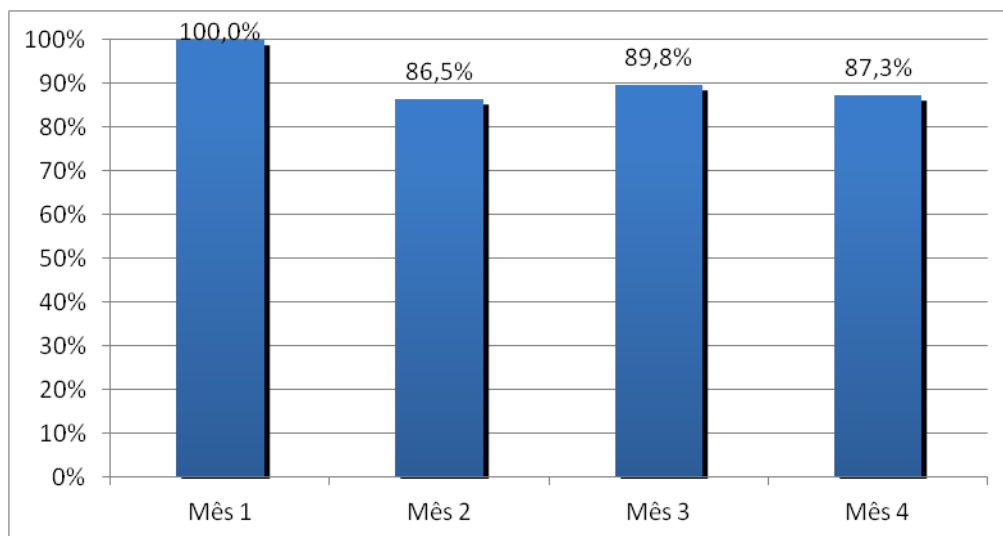


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A segunda meta foi de realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Podemos observar através da Figura 4, que no mês 1 alcançou 100% dos usuários (13), no mês 2 foram 94,7% (36), no mês 3 foram 91,3% (73) e no mês 4 foram 90,8% (108). No final da intervenção podemos perceber que este indicador teve um resultado favorável na detecção dos diferentes fatores de risco modificáveis e não modificáveis na população alvo, atuando de forma rápida e eficiente nos mesmos, assim como nas possíveis complicações sobre órgãos alvo, percebendo diferentes sinais e sintomas que me orientem às diferentes anormalidades. Melhorando assim a qualidade de vida dos usuários.

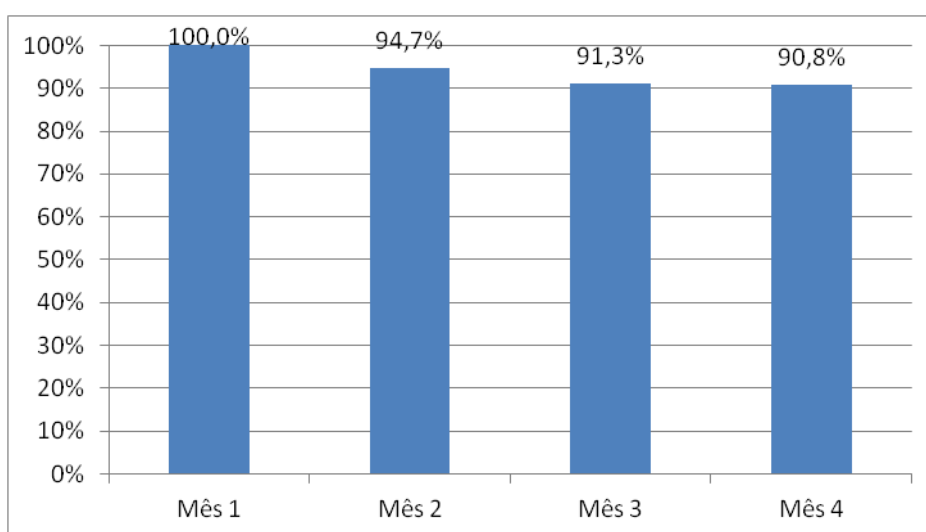


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A terceira meta foi de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tendo como indicador a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês obteve-se 4,5% (2), no mês 2 35,5% (50), no mês 3 62,9% (178) e no mês 4 69,8% (303), como mostra a Figura 5. Observamos o trabalho realizado em equipe, tivemos um aumento deste indicador avaliado, mas não conseguiu atingir o 100% pois nem todos os usuários compareceram as consultas. Os resultados deste indicador estão acima dos anteriores à intervenção, sendo favoráveis os resultados obtidos, isto nos permitiu detectar fatores de risco e sinais de dano a órgãos alvo numa boa parte da população alvo, o fato de não ter atingido o 100% como tínhamos proposto nos obriga continuar com as atividades da intervenção de forma contínua.

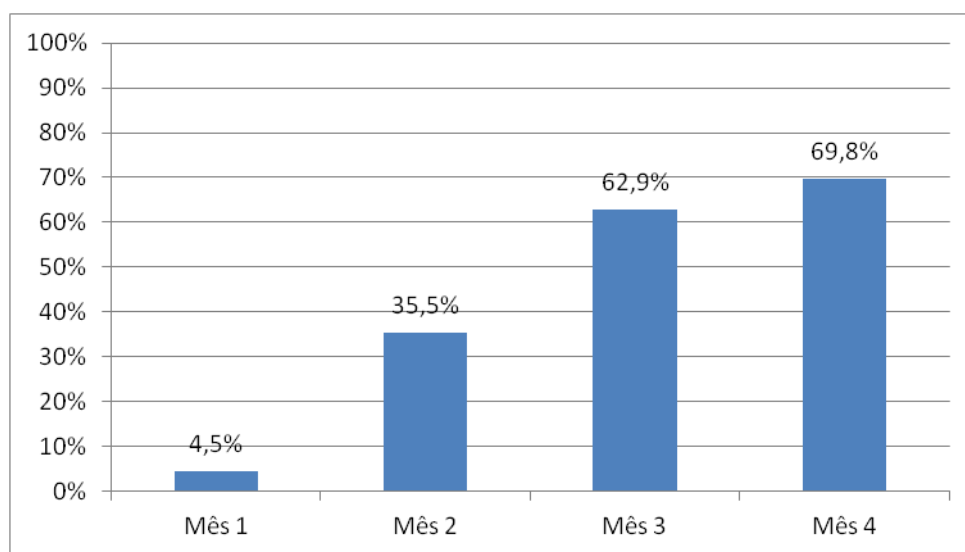


Figura 5. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A quarta meta visa garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, com o indicador de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Observou-se que nos meses 1, 2, 3 e 4, foram acompanhados 7,7% (1), 31,6% (12), 60,0% (48) e 69,7% (83) de diabéticos com os exames complementares em dia, respectivamente (Figura 6). Indicador que ao início da intervenção esteve diminuído, com o trajeto da

intervenção e com o trabalho feito pela equipe, foi possível aumentar o mesmo, não alcançando 100% devido a algumas dificuldades como nem todos os usuários compareceram as consultas e não fizeram os exames complementares, além da demora em marcar os exames.

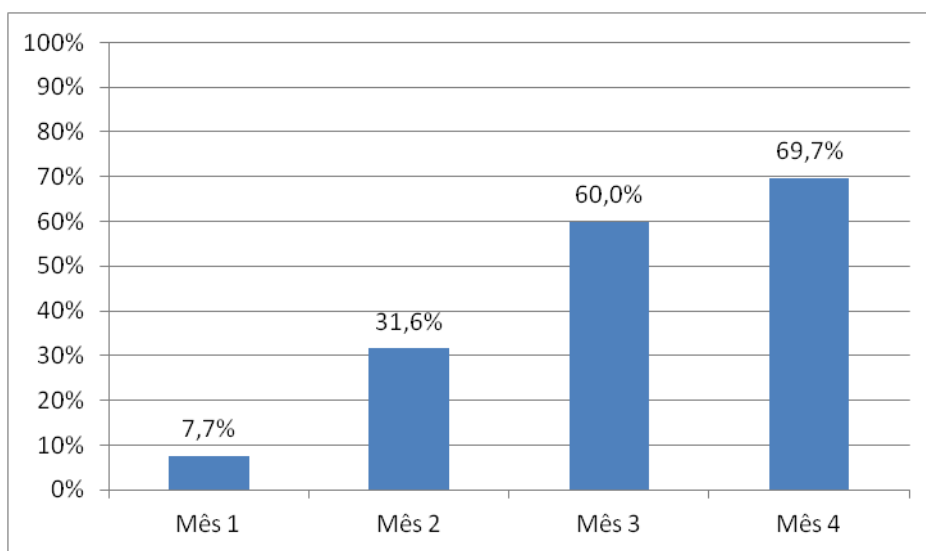


Figura 6. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Na quinta meta que visa priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, com o indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada é mostrado na Figura 7. Percebemos foram prescritos medicamento a 100% dos hipertensos no mês 1 (43), no mês 2 foram a 99,3% (139), no mês 3 foram de 99,6% (281) e no mês 4 foram de 99,1% (428).

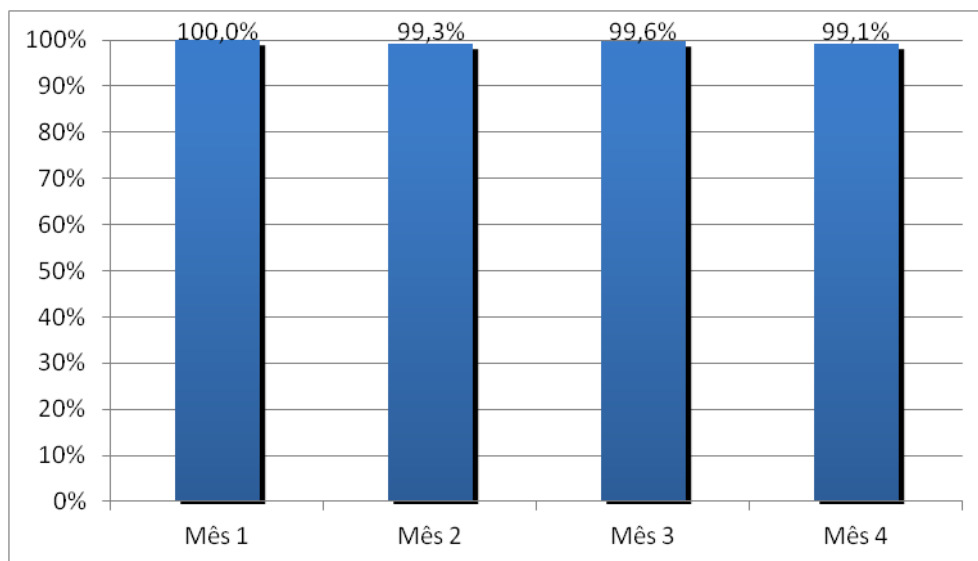


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em relação a sexta meta que visa priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, com o indicador proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, é observado na Figura 8. Atingimos 100% dos usuários diabéticos com prescrição no primeiro (13), segundo (38) e terceiro mês (80), já no quarto mês foram 97,5% (116).

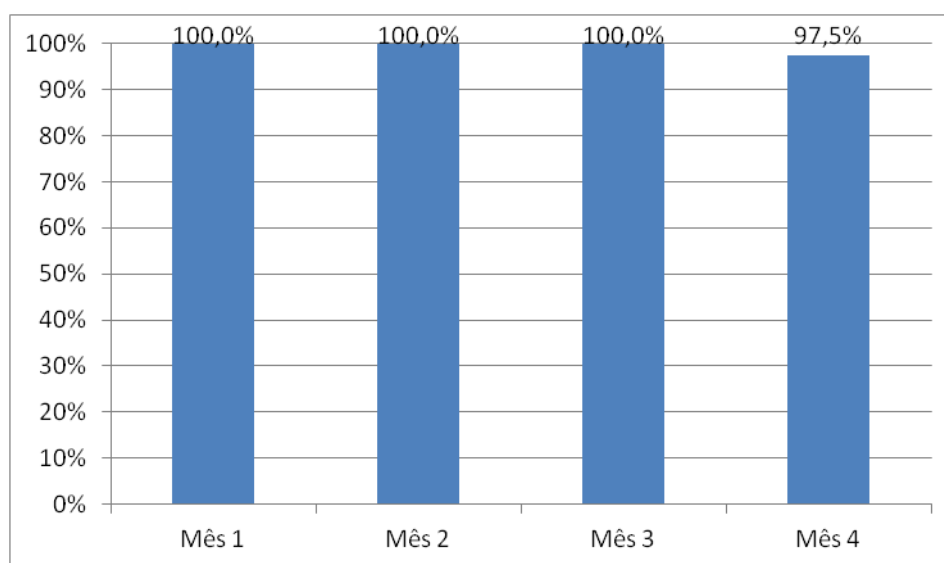


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A meta sete foi de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, sendo o indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Conforme a Figura 9, no mês 1 foram avaliados zero usuários, no mês 2 foram 47 (33,3%), no mês 3 121 (42,8%) e no mês 4 foram 181 (41,7%). A meta deste indicador não foi cumprida, sendo o pior resultado de todos durante a intervenção, pois na PSF a cobertura para os atendimentos de odontologia à população alvo era muito baixo, e muitas vezes os usuários forem encaminhados para o odontólogo e não compareceram as consultas, apesar de que foi realizada a capacitação, muitos usuários não desejavam que outro profissional que não fosse o odontólogo o examinasse, sendo muitas vezes encaminhados pelos ACS para a UBS e não compareciam a consulta o que dificultou o cumprimento da meta.

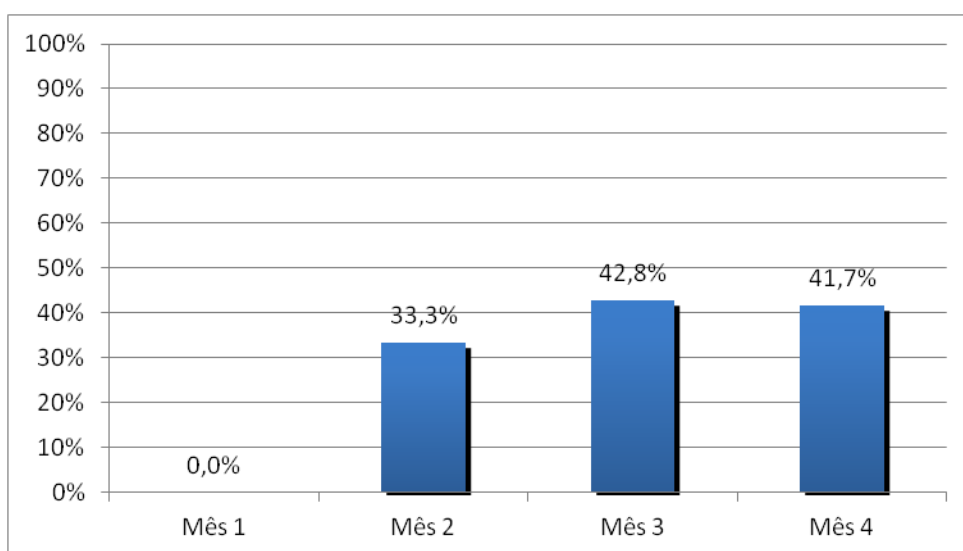


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A meta oito que preconiza realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês não foram avaliados nenhum usuário diabético no mês 2 foram 9 (23,7%), no mês 3 foram 43 (42,5%) e no mês 4 foram 49(41,2%) como destaca a Figura 10. Não foi cumprido em 100% pela mesma questão dos hipertensos.

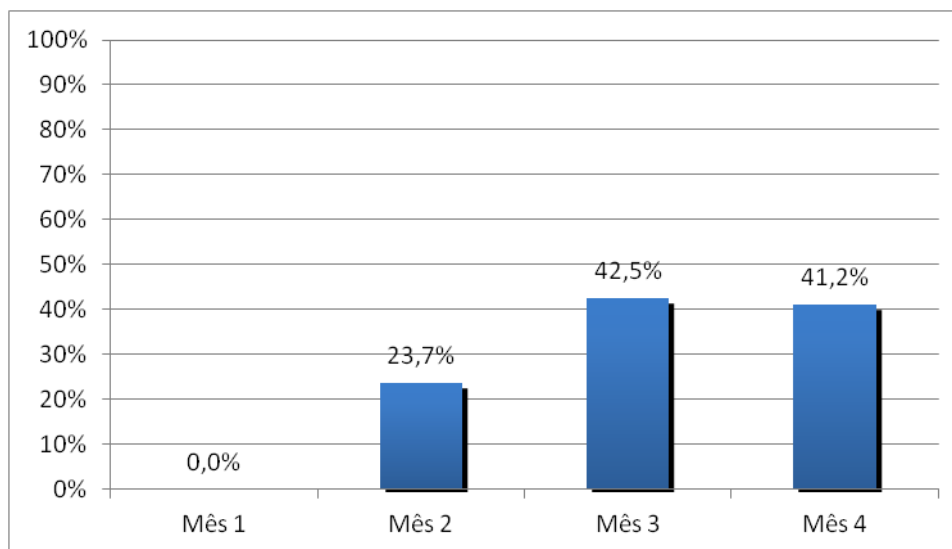


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O objetivo 3 é de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, as metas visam buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Assim sendo, o indicador proporção de hipertensos/diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Quanto aos hipertensos faltosos no mês 1 não foram realizado busca ativa já que nenhum usuários faltou a consulta (0%), já no mês 2 foram realizado a busca de 20, no mês 3 de 31 e no mês 4 de 56 usuários, alcançando 100% nesses três meses de intervenção. Para os diabéticos no primeiro mês não foram realizado busca ativa já que nenhum usuários faltou a consulta (0%)e nos meses seguintes 100% dos usuários foram realizados as buscas, sendo no mês 2 de 2 usuários, no mês 3 de 8 usuários, e no mês 4 de 12 usuários.. Com a busca ativa dos usuários faltosos a consultas no período da intervenção, alcançamos a meta de 100%.

O objetivo 4 visa melhorar registros das informações, as metas são de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde, sendo o indicador utilizado a proporção de hipertensos/diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Para os usuários hipertensos essa meta foi alcançada em 100% nos meses 1 (44) e 2 (141), no mês 3 foi de 97,5% (276) e no mês 4 de 93,1% (404), Figura 11. Ainda que não foi atingido o 100% do indicador os resultados foram favoráveis, mantemos implementado nas

atividades da rotina de trabalho da UBS, irá permitir o cumprimento desta meta em um curto prazo.

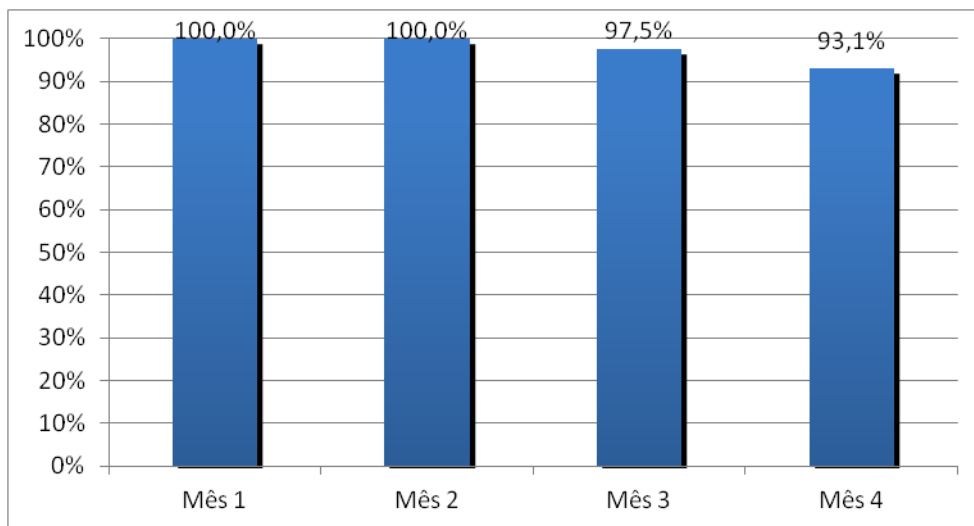


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para os usuários diabéticos a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, alcançou 100% dos usuários no mês 1(13) e no mês 2 (38), já no mês 3 foi de 93,8% (75) e no mês 4 de 94,1% (112), Figura 12. Não foi atingida em 100% este indicador mais o resultado final foi muito favorável, isto vai permitir dar um atendimento adequado aos usuários segundo estabelecem os protocolos de atendimento do Hiperdia.

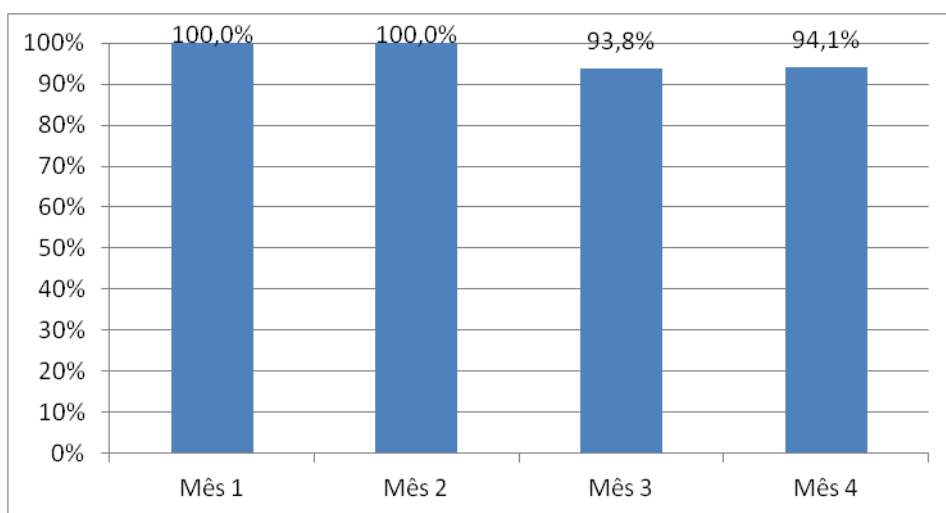


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O objetivo 5 é mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, com a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador referente à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, desenvolveu-se. No primeiro mês 100% dos hipertensos tiveram a estratificação de risco cardiovascular (44), no segundo mês foi de 98,6% (139), no terceiro mês foi de 95,4% (270) e no quarto mês de 91% (395), como mostra a Figura 13. Não atingimos a meta, mas o resultado foi positivo e terá continuidade no trabalho diário, sendo realizado durante os atendimentos aos usuários, sendo assim incorporado a rotina de trabalho na UBS.

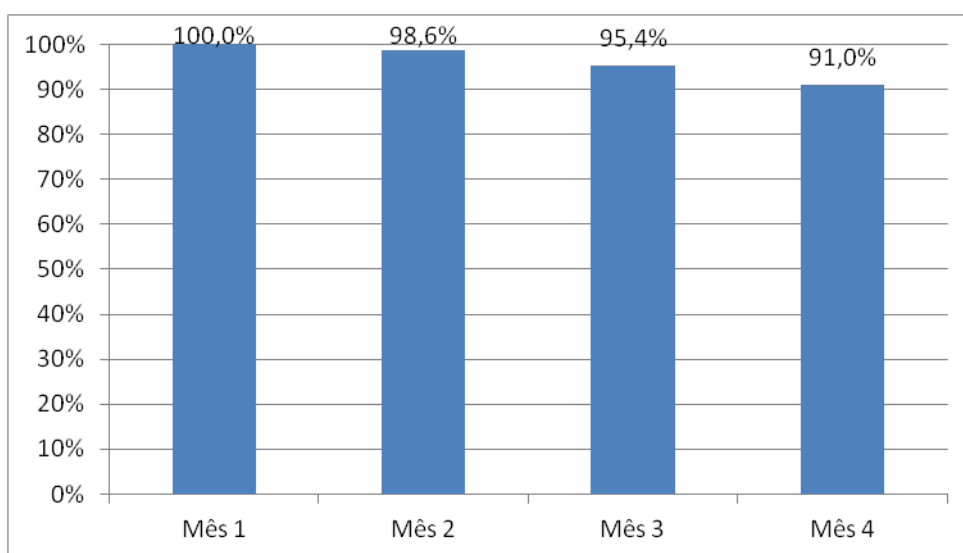


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Com a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, obteve-se no primeiro (13) e segundo mês (38) foi de 100% de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular (13), no terceiro mês foi de 93,8% (75) e no quarto mês de 93,3% (111), como observado na Figura 14. Tivemos resultados favoráveis, mesmo não alcançando 100% da meta estabelecida, mas continuamos trabalhando para isto.

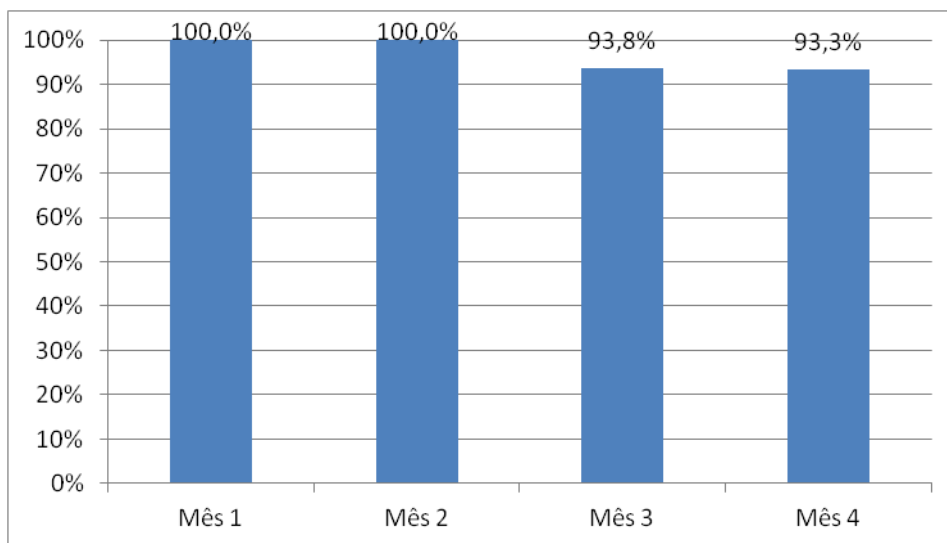


Figura 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

O objetivo 6 foi de promover a saúde de hipertensos e diabéticos sendo as metas estabelecidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Com a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos/diabético, o indicador utilizado é a proporção de hipertensos/diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Em relação aos usuários hipertensos 100% receberam orientação nutricional nos mês 1, 2 e 3, e no mês 4 96,8%, sendo assim orientados assim, 44, 141, 283 e 420 usuários, respectivamente (Figura 15). Esta meta foi desenvolvida de forma muito favorável, a equipe aproveitou todos os cenários onde tivemos contatos com os usuários nas atividades individuais e coletivas para dar as orientações de alimentação saudável e sua importância, comprovando-se que as informações foram bem aceitas pelos usuários pondo em prática na vida cotidiana ao menos uma maioria, diante o trabalho em grupo.

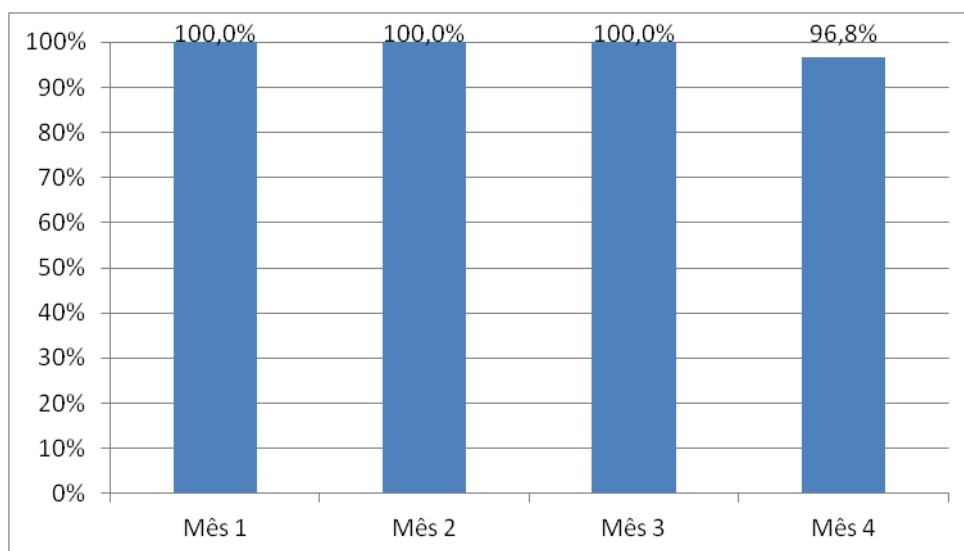


Figura 15. Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos usuários diabéticos 100% receberam orientação nutricional nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 13 usuários, no segundo mês 38, no terceiro mês 80 e no quarto mês 119 pessoas. Aproveitamos os cenários onde tivemos contato com os usuários (igreja e UBS), durante as atividades individuais e coletivas permitiu alcançar esta meta.

Com a meta de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos/diabéticos, o indicador utilizado foi a proporção de hipertensos/diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. Para os hipertensos obteve-se 100% nos 3 primeiros meses de intervenção, e 96,8% no quarto mês, sendo orientados no primeiro mês 44, no segundo mês 141, no terceiro mês 283 e no quarto mês 420 usuários (Figura 16).

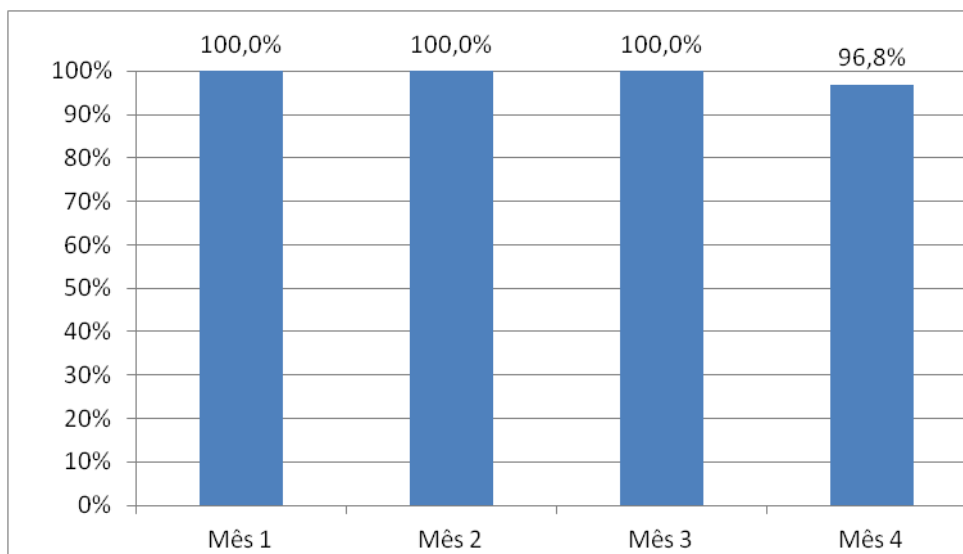


Figura 16. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

A proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física se obteve 100% nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 13, no segundo mês 38, no terceiro mês 80 e no quarto mês 119 pessoas. O aproveitamento de cada momento em que foram desenvolvidas as atividades da intervenção e com protagonismo de toda a equipe ajudou cumprir esta meta.

Para a meta garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos/diabéticos, com o indicador proporção de hipertensos/diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Para os usuários hipertensos obteve-se 100% de orientações nos primeiros 3 meses de intervenção, e no 4 mês 96,8%, correspondendo no primeiro mês 44, no segundo mês 141, no terceiro mês 283 e no quarto mês 420 usuários (Figura 17). Essa meta teve um bom cumprimento pelo trabalho realizado pela equipe, durante o trabalho dos ACS nas visitas domiciliares aos usuários, durante as palestras feitas com os usuários e familiares, durante os trabalhos feitos na comunidade, nas escolas, sempre com o trabalho em equipe, alcançando assim o cumprimento desta meta com qualidade.

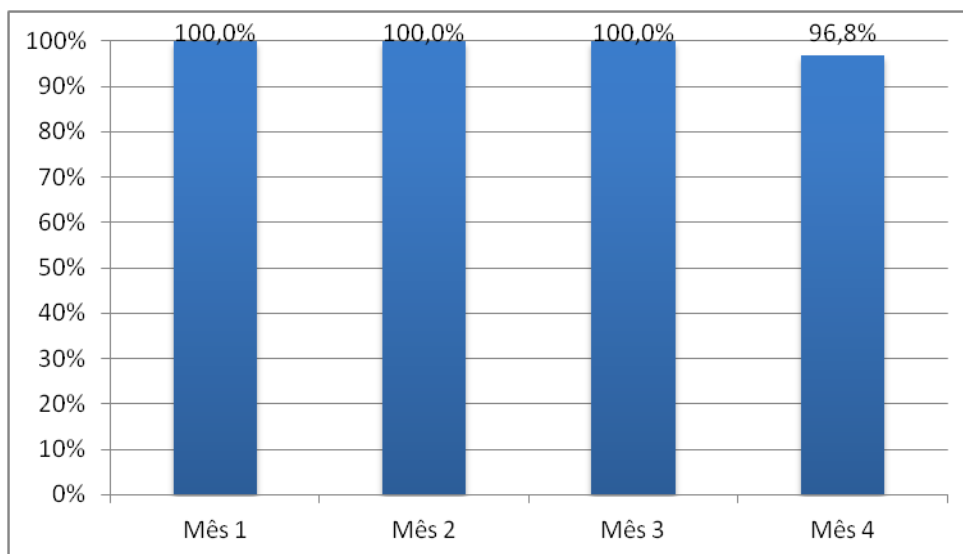


Figura 17 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Já a proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo obteve-se 100% nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 13, no segundo mês 38, no terceiro mês 80 e no quarto mês 119 usuários. Meta que foi cumprida com um trabalho da equipe e os usuários que receberam muito bem as orientações dadas pela equipe.

Para a meta de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos/diabéticos o indicador utilizado foi a proporção de hipertensos/diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Para os usuários hipertensos obteve-se no primeiro (44), segundo (141) e terceiro (283) mês 100% de orientações sobre saúde bucal, e no quarto mês foi de 96,8% (420), conforme Figura 18. Foram orientados a maioria dos usuários participantes da intervenção, com resultados favoráveis.

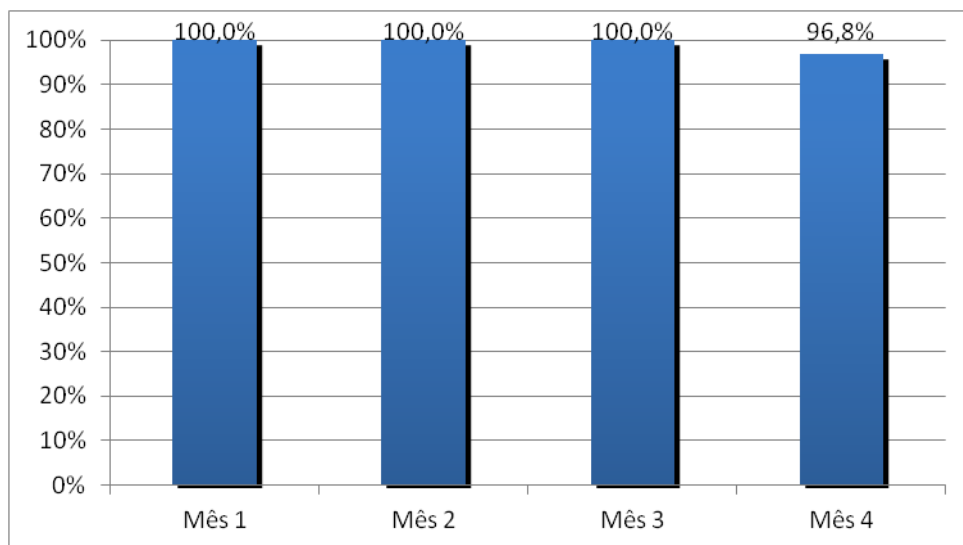


Figura 18. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, em acordo com a Figura 24, obteve-se no mês 1 100% (13), no mês 2 100% (38), no mês 3, 100% (80) e no mês 4, 100% (119). Meta que foi cumprida, a informação chegou a todos, durante todas as atividades realizadas.

O projeto de intervenção teve um resultado muito favorável para a comunidade, para o usuário e para a equipe da UBS. Várias atividades individuais e coletivas foram desenvolvidas durante a intervenção, permitindo aumentar os indicadores de forma favorável no atendimento aos usuários com HAS e DM. Elevou o conhecimento e aprendizagem de toda a equipe para a realização do atendimento com qualidade dos usuários da área de abrangência. Todos os indicadores foram desenvolvidos com números muito elevados, as dificuldades serão melhoradas, com a continuação de nosso trabalho, com nossa preparação e a união da equipe.

4.2 Discussão

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Também, houve o processo de promoção em saúde por meio das informações referentes à importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas, sobre o dano dos hábitos tóxicos inadequados como de fumar,

o consumo de álcool e de drogas. A intervenção ajudou a equipe a se capacitar para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento. Foi realizado um trabalho integrado pelos trabalhadores na UBS, e isso acabou tendo impacto também em outras atividades na UBS, tais como uma melhor organização nos atendimentos, nos agendamentos das consultas, nos atendimentos da demanda espontânea e nas visitas domiciliares.

Através da intervenção foi possível rever as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas com participação ativa dos ACS nas atividades educativas das microáreas que eles atendem e das quais são responsáveis, aumento o relacionamento dos usuários, a confiança com o trabalho feito, a perfeição do trabalho, o planejamento adequados das atividades, mais experiência nos profissionais da equipe.

A intervenção foi muito importante para o serviço, pois foram melhorados os registros e o agendamento dos hipertensos e diabéticos, e a classificação de risco tem sido crucial para apoiar à priorização do atendimento desses usuários, o acolhimento adequado, a confiança em todo trabalho realizado pela equipe e a confiança na saúde da família.

O impacto da intervenção foi bem percebido pela comunidade e com boa aceitação pelo fato que muitas mudanças aconteceram graças às atividades individuais e coletivas que foram desenvolvidas na comunidade, com a população alvo da intervenção e também com a participação da família e alguns líderes da comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e com o planejamento adequado dos agendamentos das consultas, evitamos a insatisfação da outra parte da comunidade que não formava parte do projeto da intervenção comprovando-se que os usuários estão captando as informações sobre a importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas de forma regular, de evitar hábitos tóxicos como o consumo de drogas, álcool e o tabagismo, e estão informados da importância de assistir a consulta com o odontólogo.

Se a intervenção fosse realizada neste momento continuaria com tudo o cronograma proposto, profundaria um pouco mais no trabalho de atendimento odontológico para melhorar esse indicador, trabalhando esse assunto durante as visitas domiciliares, as palestras e no trabalho na UBS e na comunidade.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos muito trabalho por fazer com os usuários hipertensos e diabéticos, por isso é necessário continuar com as atividades que já estão implementadas com a população alvo da intervenção.

Ao término da intervenção percebemos a equipe mais integrada que no começo, porém, como vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço temos que continuar melhorando nosso trabalho. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto. Pretendemos continuar ampliando a cobertura dos hipertensos e diabéticos, e assim melhorar a qualidade de atenção em todos os sentidos, todo isso com o trabalho em equipe.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor, ao iniciarmos a especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas, foi escolhida uma intervenção para qualificar a atenção aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS de Cidade Nova, Campo Maior, Piauí, Brasil. Esta intervenção aconteceu entre os meses de fevereiro e junho de 2015, o projeto de intervenção foi organizado para ser realizado em 16 semanas.

O trabalho foi realizado com a equipe durante o período da intervenção, inclusive durante o tempo das férias do médico.

Apresentamos abaixo alguns resultados alcançado com o desenvolvimento da intervenção na UBS:

- * Foram atendidos 434 usuários com Hipertensão e 119 com Diabetes.
- * Dos usuários atendidos 416 estão com exame clínico em dia, e 334 com exames laboratoriais em dia. De todos os usuários atendidos 474 precisavam tomar medicamentos, sendo que 470 receberam os medicamentos da farmácia popular.
- * Foram avaliados pela odontologia 205 usuários.
- * Faltaram as consultas 61 usuários e em todos os casos foram realizados busca ativa.
- * Foi realizado o registro adequado na ficha de acompanhamento de 444 usuários, e foi realizada a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em 435.
- * Quanto às orientações realizadas 462 usuários com hipertensão e diabetes receberam orientação nutricional, sobre a importância da prática de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo, e sobre a importância da higiene bucal.

Antes da intervenção eram atendidos 400 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (693 estimado) e 96 pessoas com Diabetes Mellitus (198

estimado), e a cobertura era de 58% para usuários hipertensos e 48% para os diabéticos. Após o período de 4 meses de intervenção foi possível alcançar 82,5% da cobertura de usuários com hipertensão, sendo que no primeiro mês da intervenção a cobertura foi de 8,4% (44), no segundo mês foi de 26,8% (141), no terceiro mês foi de 53,8% (283) e no quarto mês de 82,5% (434), como observado na Figura 1.

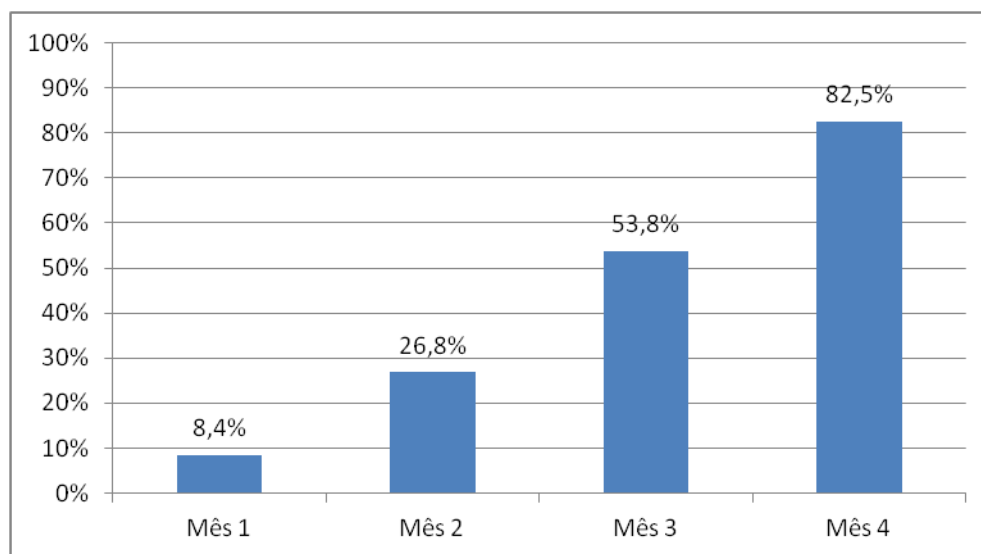


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI, 2015.

Foi alcançado 91,5% de cobertura dos usuários com diabetes, sendo no primeiro mês a cobertura de 10% (13), no segundo mês de 29,2% (38), terceiro mês de 61,5% (80) e no quarto mês alcançou 91,5% (119), como observado na Figura 20.

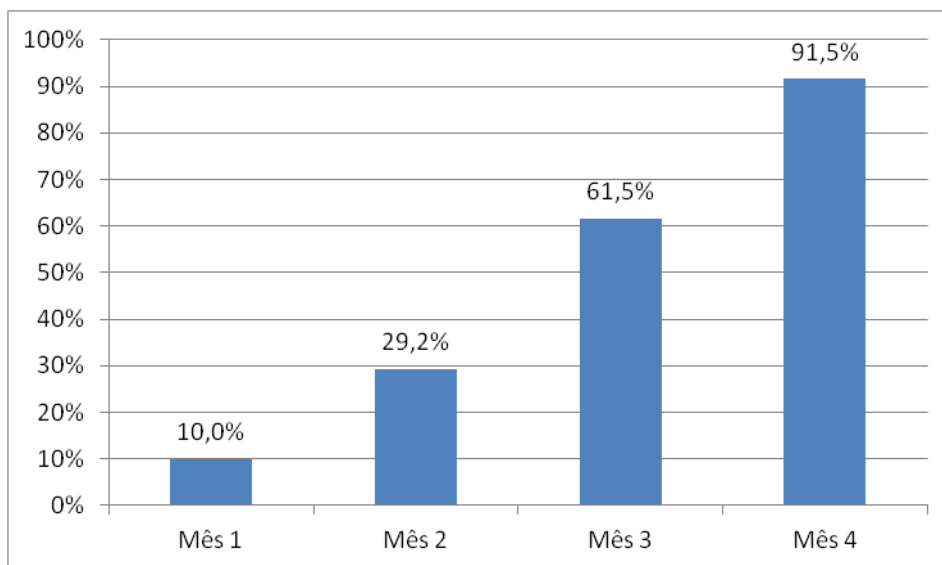


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI, 2015.

Durante a intervenção foi realizado o cadastramento da população-alvo da intervenção, a capacitação da equipe foi realizada com sucesso o tempo previsto. Assim, cumprimos com todas as ações planejadas no cronograma.

Foram encontradas dificuldades em algumas ações, tais como a busca ativa dos usuários faltosos às consultas agendadas, pelo fato que alguns usuários negarem-se a assistir, referindo, em muitas vezes, a falta de medicamentos do programa Hiperdia, ou que não tinham tempo.

Com as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, observamos que aumentaram os conhecimentos nestes usuários, ajudando na melhoria do estado de saúde de muitos, foram necessárias mudanças nos tratamentos e estilos de vidas. Melhoramos o cadastro de todos os usuários da população alvo, sendo orientado quanto à prática de atividades físicas e sua importância para a saúde, a importância de uma alimentação saudável, a importância de assistir as consultas estabelecidas e as consultas de odontologia, desse modo é possível manter um controle adequado das doenças e prevenir as complicações. As mudanças foram comprovadas durante a intervenção, já que aumentaram os conhecimentos dos usuários da população-alvo e da família, assim como o controle de suas doenças, chegando a manter os parâmetros vitais de muitos deles controlados, tivemos um aumento dos usuários hipertensos e diabéticos que não estavam cadastrados, e mediante a busca ativa realizamos um trabalho adequado com eles.

As visitas domiciliares foram realizadas aos usuários com sucesso, as atividades coletivas (palestras com os usuários e família, atividades de grupo, visitas a comunidade) programadas foram realizadas sem problemas, trazendo um intercâmbio favorável e rico em informações entre a equipe da UBS e a população. Os maiores problemas relatados pelos usuários foram: as dificuldades para marcar as consultas com especialistas, agendar para fazer os exames laboratoriais, a falta de medicamentos para o tratamento da HAS e DM na ESF onde recebem gratuitamente.

Ainda não fizemos o atendimento dos 100% da população-alvo e mediante a busca passiva e ativa deles, encontramos uma boa quantidade de usuários diabéticos e hipertensos que não estavam registrados no cadastro inicial isso comprova a necessidade de aperfeiçoamento dos registros da ação programática em vias de implementação na UBS.

A incorporação das ações previstas no projeto á rotina do serviço e a continuidade da ação programática com a finalização do curso, tem sido de grande importância e impacto na mudança dos estilos de vida dos usuários e suas famílias, assim como para a equipe de saúde, que ficou mais perto dos problemas da comunidade, orientando e modificando todos aqueles que podem ser mudados, aumentou os níveis de conhecimento dos profissionais e os preparou para próximas intervenções na comunidade.

O trabalho feito durante esse tempo de intervenção deve ser continuado na rotina diária da UBS, que permitirá realizar novas ações programáticas em outros grupos de usuários tais como na saúde da criança, na mulher, no adulto. Necessitamos de apoio do gestor para melhorar as dificuldades em quanto à marcação de consultas e exames e o melhoramento na distribuição dos medicamentos.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da ESF Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade.

A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Foi realizada uma intervenção que qualificou a atenção aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS de Cidade Nova, Campo Maior, Piauí, Brasil. A intervenção aconteceu entre os meses de janeiro e junho do ano de 2015, sendo realizado durante 16 semanas. Nesse período foi realizado o cadastramento, e visitas domiciliares aos usuários com HAS e DM, a equipe de saúde foi capacitada para melhorar a qualidade da atenção a saúde. Porém, encontramos algumas dificuldades, tais como a busca ativa dos faltosos às consultas agendadas pelo fato que alguns usuários negarem-se a assistir, referindo, em muitas vezes, a falta de medicamentos do Hiperdia, e/ou a falta de tempo.

As atividades coletivas programadas (palestras, atividades em grupo, capacitação dos agentes de saúde), forem realizadas sem problemas, trazendo um intercâmbio favorável e rico em informações entre a equipe da UBS e a população. Os maiores problemas relatados pelos usuários foram: as dificuldades para marcar as consultas com especialistas, agendamento dos exames laboratoriais, a falta de

medicamentos para o tratamento da HAS e DM na ESF onde recebem gratuitamente.

Apesar de alguns problemas identificados, a intervenção foi realizada com uma boa qualidade, comprovando-se que os usuários estão captando as informações sobre a importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas de forma regular, de evitar hábitos tóxicos como o consumo de drogas, álcool e o tabagismo, e estão informados da importância de assistir a consulta com o odontólogo.

Apesar de não realizarmos o atendimento em 100% da população de hipertensos e diabéticos, segun o Caderno de Ações Programáticas, encontramos uma boa quantidade desses usuários que não estavam registrados no cadastro inicial, o que repercute na necessidade de aperfeiçoamento dos registros da ação programática em vias de implementação na UBS.

A incorporação das ações na rotina do serviço e a continuidade das ações programáticas, mesmo com a finalização do curso tem sido uma grande importância e teve grande impacto na mudança dos estilos de vida dos usuários e suas famílias. Com as atividades desenvolvidas pela equipe, observamos que aumentaram os conhecimentos nestes usuários, ajudando na melhoria no estado de saúde, foram necessárias mudanças nos tratamentos e estilos de vidas. Ajudou na compreensão da realidade do comportamento dos diferentes indicadores de saúde no município, a forma de trabalho na comunidade com a finalidade de ajudar a modificar favoravelmente os resultados existentes inadequados e manter uma saúde de qualidade nos usuários. melhorando o atendimento aos usuários, aumentando a cobertura, a acessibilidade, a qualidade dos atendimentos aos usuários da área de abrangência. Foi muito importante as diferentes atividades que foram implementadas ao longo da intervenção, de acordo com o cronograma, a participação ativa dos usuários e familiares, o aproveitamento dia a dia de cada uma das atividades planejadas. O trabalho realizado nesse período se tornou rotina diária da UBS. Contamos com o apoio da comunidade para a continuidade desse programa.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da ESF Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o curso tive algumas dificuldades no início com o idioma, pois foi um pouco complicado o desenvolvimento das tarefas, com o trabalho feito e a ajuda da orientadora e com a preparação individual foi diminuindo minhas dificuldades. Alguns temas foram mais difícil que outros, sempre recebendo os conselhos da professora que me ajudou a desenvolver os temas com uma melhor qualidade.

A intervenção tem sido muito importante para o desenvolvimento da prática profissional, conhecemos muitos elementos referentes á atenção básica, ao trabalho na comunidade, ao desenvolvimento de atividades nas diferentes faixas etárias que formam parte dos diferentes programas como estudados. Permitiu conhecer as especificidades do SUS suas diretrizes, políticas, princípios, e aplicar assim seus conteúdos em nosso trabalho cotidiano. Ajudou na compreensão da realidade do comportamento dos diferentes indicadores de saúde no Brasil, e no município, a forma de trabalho na comunidade com a finalidade de ajudar a modificar favoravelmente os resultados existentes inadequados e manter uma saúde de qualidade nos usuários.

O curso permitiu a realização de atividades onde todos os profissionais da equipe tiveram participação ativa ajudando com o resultado alcançado, melhorando o atendimento aos usuários, aumentando a cobertura, a acessibilidade, a qualidade dos atendimentos aos usuários da área de abrangência. Foi muito importante as diferentes atividades que foram implementadas ao longo da intervenção, de acordo com o cronograma, a participação ativa dos usuários e familiares, o aproveitamento dia a dia de cada uma das atividades planejadas. A equipe ficou mais perto dos problemas da comunidade, orientando e modificando todos aqueles que podiam ser mudado.

O curso foi uma das partes importantes de meu trabalho no Brasil, aumento meus conhecimentos sobre o trabalho na comunidade, me ajudo a ser melhor pessoa e melhor ser humano, ajudou a modificar conhecimentos inadequados na população da área de abrangência. Sendo de muita importância as atividades de educação, promoção, prevenção e reabilitação, para melhorar a qualidade de vida da população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão **Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção par doenças crônicas por inquérito telefônico 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Apêndices

Apêndice A – Capacitação da equipe sobre o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, na ESF Enfermeira Zezinha, Campo Maior/PI, 2015.



Apêndice B – Palestra sobre alimentação saudável e atividade física adequada nos usuários diabéticos e hipertensos.





Apêndice C – Conversa com pacientes hipertensos, diabéticos e familiares na sala de espera da ESF Enfermeira Zezinha de Cidade Nova, Campo Maior/PI, 2015.





Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1								
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1							
	2							
	3							

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Sergio Porro Calzado, médico com número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: (86999567984)

Endereço Eletrônico:porrocalzado@gmail.com

Endereço físico da UBS: Municipio Campo Maior. Estado Piaui

Endereço de e-mail do orientador: